

健康調査票(同意書)

私は、通常の健康状態に問題はなく、関ヶ原町が実施する運動指導教室に任意参加することを希望いたします。また、自らの生活習慣の改善目標を達成できるよう積極的に健康づくりに取り組みます。運動中や運動後に何らかの不測の変化が現れる可能性や、プログラム遂行に伴う事故発生の危険性を理解し、自己の責任において健康管理を行い参加します。

***あてはまるところに○をつけて下さい。**

申込教室名： ・ やさしーズ ・ ミドルシニア ・ 4ヶ月で減量 ・ 血糖コントロール

健康短期大学入学歴： 初めて ・ 継続 記入日 年 月 日

ふりがな 氏 名		年齢	歳
-------------	--	----	---

現在かかっている病気やケガ	
過去にかかった病気やケガ	

今飲んでいる薬	あり ・ なし
どのような薬ですか？	

現在行っている運動	定期的 ・ 不定期 ・ 行っていない
どのような運動ですか	(1回 分・週 回)

***現在、病気やケガで治療中の方：必ず医師の運動許可を確認してください**

医師による運動許可	許可あり ・ 制限あり ・ 確認していない
〈注意・指示事項〉 運動・栄養等について指示がありましたら、具体的に記入して下さい	医療機関名： 医師名：

*上記の他に気になることがあれば記入してください。

健康状態の確認

年 月 日

氏名

1	医師から血圧が高いと言われたことがある（治療中・治療していない）	はい いいえ
2	医師からコレステロールが多いと言われたことがある（治療中・治療していない）	はい いいえ
3	血糖値が高いと言われたことがある（治療中・治療していない）	はい いいえ
4	タバコをすう	はい いいえ
5	家族に心筋梗塞・突然死などがある（誰 ・ 歳）	はい いいえ
6	胸・首・あご・うでなど突然の痛みや不快感がある	はい いいえ
7	歩く程度でも息切れを感じる	はい いいえ
8	頭がフラフラしたり気が遠くなる	はい いいえ
9	呼吸困難になったことがある	はい いいえ
10	ひんぱんに足首がむくんだりはれたりする	はい いいえ
11	何もしていないのに胸がドキドキする	はい いいえ
12	突然に脈が速くなったり脈がとぶ感じがする	はい いいえ
13	速く歩くと筋肉が痛く足を引きずる	はい いいえ
14	日常生活でとても疲れた感じがしたり息切れを感じる	はい いいえ
15	医師から心臓に問題があるとか雑音があると言われたことがある	はい いいえ
16	医師から高血圧や糖尿病に伴う合併症があると言われたことがある	はい いいえ
17	関節や筋肉に問題があり運動を制限されている	はい いいえ
18	上記以外の理由で医師から運動制限されている	はい いいえ
備考		